Lane Medical Library

Ueber anomale Gichtfälle.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Paul Galle
aus Meuro (Kr. Wittenberg)
Assistenzart beim Kulmer Inf.-Reg. Nr. 141.

Tag der Promotion: 29. April 1913.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **His.**

Meinem Onkel

Generaloberarzt Dr. med. Paul Galle

in Dankbarkeit gewidmet.

Bevor wir an eine Besprechung der anomalen Gichtfälle gehen, ist es notwendig festzustellen, was wir unter typischer Gicht verstehen wollen. Daß wir als Gicht in streng wissenschaftlichem Sinne nur Erkrankungen bezeichnen dürfen, die mit einer harnsauren Diathese einhergehen, und nicht die chronisch-rheumatischen Gelenkerkrankungen mit einzubegreifen sind, braucht wohl kaum erwähnt zu werden. Dieser Unterschied ist schon im 17. Jahrhundert gemacht und bis heute beibehalten worden, wenn auch bis heute noch wiederholt Autoren aufgetreten sind, die einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen rheumatischen und gichtischen Erkrankungen behaupten.

Die typische Gicht hat ihr Hauptcharakteristikum im Gichtanfall, der kurz beschrieben werden soll. Der Sitz des Gichtanfalls sind besonders die Gelenke der unteren Extremität und hier ist es wiederum ganz besonders die große Zehe, die bevorzugt wird (in 80 % der Fälle nach Mehring [1]). Der Anfall tritt im allgemeinen plötzlich auf. Er kann jedoch auch Vorboten vorausschicken in Gestalt von psychischen Affektionen, Mattigkeit, Herzbeschwerden und Beschwerden von seiten des Magendarmkanals. Sein Auftreten fällt gewöhnlich in die Zeit um Mitternacht: Unter außerordentlich heftigen Schmerzen beginnt das befallene Gelenk zu schwellen unter livider Röte. Es fühlt sich heiß an und ist außerordentlich empfindlich gegen Berührungen und gegen den leisesten Versuch Bewegungen auszuführen. Die Umgebung zeigt ödematöse Schwellung und Erweiterung der Venen. Fieber kann bestehen, ist jedoch nicht in allen, auch nicht immer in den schweren Fällen vorhanden. Am Tage nach

dem Anfall sind die Beschwerden geringer, das Gelenk ist jedoch noch geschwollen. Erst in der nächsten Nacht treten wieder heftige Schmerzen auf, die denen der vorigen Nacht gleichen. Dieser Zustand dauert 2—5 Tage, kann sich jedoch auch bis zu 2 Wochen und länger hinziehen. Dann tritt jedoch meist Heilung des akuten Anfalls ein. Nach den ersten Anfällen verschwindet die Schwellung des Gelenkes wieder vollständig, die normale Gestalt und Beweglichkeit stellt sich wieder her und schließlich erinnert nur noch die schuppende Haut an den vorübergegangenen Krankheitsprozeß. Solche Anfälle treten öfter auf in ganz verschiedenen Zwischenräumen, im allgemeinen um so heftiger, je seltener sie auftreten. Haben bereits mehrere Anfälle stattgefunden, so bilden sich die Gelenke nach dem Anfall nicht wieder vollkommen zurück, sondern es bleiben neben Veränderungen in der Gelenkkapsel und im Knorpel kleine Verdickungen zurück, die sich anfangs weich, teigig oder gar fluktuierend anfühlen, dann aber Knochenhärte annehmen. Ihre Größe ist ungefähr die einer Erbse oder einer Haselnuß. Sie können nach außen durchbrechen und ihren Inhalt, einen Brei von harnsauren Salzen entleeren. Bei einem nächsten Anfall können sie sich vergrößern, sie können aber auch vollkommen wieder verschwinden. Diese Bildungen sind das zweite Hauptcharakteristikum der Gicht und unter dem Namen der Tophi bekannt. Man findet sie beim Gichtiker nicht nur an den Gelenken, sondern auch an den Ohrmuscheln, die einen typischen Sitz für sie darstellen.

Nach der vorausgegangenen Definition sind alle Gichterkrankungen, die diese beiden Hauptcharakteristika, den Gichtanfall und den Tophus nicht aufweisen, oder die mit Erkrankungen an anderen Organen des Körpers einhergehen, als anomale Gichterkrankungen anzusehen. Diese können sich aus der typischen Gicht entwickeln, aber auch von vornherein atypisch verlaufen. Solche Fälle atypischer Gicht finden sich in der Literatur zahlreich. Minkowski hat das

Verdienst, in seinem Buch über die Gicht (2) auf zahlreiche derartige Fälle hingewiesen zu haben. Nach seinen Angaben ist fast jedes Organ im Körper mit der Gicht in irgendeiner Weise in Zusammenhang gebracht worden, bald nur als eine den Gichtanfall gelegentlich einer Erkrankung auslösende Ursache, bald als selbst gichtisch erkrankt.

Im folgenden sollen einige in der Literatur bekannte Fälle von anomaler Gicht wiedergegeben werden.

Beginnen wir mit dem Verdauungstraktus, so können wir zunächst die von Grube (3) beschriebene gichtische Zunge erwähnen, eine Erkrankung, die sich in Rötung und Schwellung dieses Organes äußert bei starker Schmerzhaftigkeit. Debout d'Estrées (4) berichtet weiter von einem Gichtiker, bei dem Anfälle mit einer Parotitis begonnen haben; in einem Fall soll eine solche auch auf den Anfall gefolgt sein. Ebenso sollen Anginen Gichtanfälle vorausgehen bezw. solche begleiten nach Musgrave (5), Mackenzie (6) und Danziger (7). Häufig sind Magenerkrankungen bei Gicht, so daß ein Autor, Falkenstein (8), sogar die Ursache der Gicht in einer Funktionsunfähigkeit der Magendrüsen gefunden zu haben glaubt. Auch die Appendicitis ist mit der Gicht in Zusammenhang gebracht worden. Doch die von Lecorché (9) und Adrian (10) angeführten Fälle sind nicht beweisend. Ebensowenig beweisend sind nach Minkowski Berichte über Fälle von gichtischen Affektionen des Gefäßsystems; so unterscheiden sich z. B. die sklerathero-matösen Erkrankungen der Gefäße bei Gichtikern in keiner Weise von solchen bei Nichtgichtikern. Von englischen und französischen Autoren wie Paget (11), Lecorché (9), Tuckwell (12), Lancereaux (13) sind Fälle von Phlebitis im Anschluß an Gichtanfälle beschrieben worden, bei denen man wohl von einer gichtischen Erkrankung sprechen kann. Sie sollen gutartiger als die nichtgichtischen sein und nicht zum Uebergang in Vereiterung neigen. Harnsäureablagerungen in Gefäßen sind jedoch bisher nicht nachgewiesen worden.

Was die Respirationsorgane in ihrem Verhältnis zu den gichtischen Erkrankungen anbetrifft, so sind am Kehlkopf Harnsäureablagerungen festgestellt sowohl im Knorpel selbst als auch in der Schleimhaut und im Bindegewebe. Ein solcher Fall ist von Virchow (14) veröffentlicht worden, auch englische Autoren, z. B. Mackenzie (6), erwähnen derartige Fälle. Ueber Beziehungen zwischen Pneumonie und Gicht berichtet Ebstein (15), indem er einen Fall anführt, wo bei einem Gichtiker das Auftreten von Anfällen durch eine Pneumonie begünstigt wurde, wohl infolge des Ueberschusses von zerfallener Nukleinsubstanz mit nachfolgender Harnsäureüberschwemmung des Blutes. Der Gichtiker mit seinem gestörten Nukleinsäurestoffwechsel vermag dieser Anhäufung von Harnsäure im Blute nicht so zu begegnen wie der Gesunde, bei dem sie ohne sichtliche Störung überwunden wird. Von Gichterkrankungen im Nervensystem erwähnt Minkowski (2) 2 zweifellose Fälle. Der eine, von Schott überlieferte, zeigte an der Pia entlang den Gefäßen Harnsäureablagerungen. Bei dem andern fanden sich während des Lebens tabesähnliche Symptome, und bei der Sektion fand man zahlreiche Uratknötchen in der äußeren Fläche der Dura mater spinalis vom dritten Cervikalnerven bis zum Sakralkanal. Auch sonst sind noch Erkrankungen des Nervensystems mit der Gicht in Zusammenhang gebracht worden, z. B. von Reynhold J. Russel (16), ohne daß jedoch ein sicherer Beweis für den Zusammenhang geliefert wurde, ebenso wie bei vielen sogenannten gichtischen Erkrankungen der Muskulatur in Gestalt von rheumatischen Beschwerden. Auch die Dupuytrensche Kontraktur soll gichtischer Natur sein, doch ein Beweis dafür könnte nur ein von Lockwood (17) erwähnter Fall bringen, wo in der Tat Uratablagerungen in den veränderten Geweben gefunden wurden.

Auf die Beziehungen zwischen Gicht und Augenerkrankungen hat nach Minkowski (2) Morgagni zuerst hingewiesen, der an sich selbst die Beobachtung machte, daß eine

Augenentzündung nach dem Ausbruch eines Gichtanfalls rasch heilte. Nach ihm sind dann weiter viele Autoren aufgetreten, die Fälle von Augengicht erwähnt haben. So sprechen z. B. Hutchinson (18) und Galezowski (19) von einer gichtischen Konjunktivitis; letzterer nennt ferner die Skleritis die gichtische Augenerkrankung par excellence, während Charcot (20) wieder die Iritis als die am meisten mit Gicht zusammenhängende Augenerkrankung bezeichnet. Auch Hornhaut-, Linsen- und Glaskörpererkrankungen sind mit der Gicht in Beziehung gebracht worden. Unter den neueren Veröffentlichungen finden wir eine Abhandlung von Krückmann (21) über okulare Gicht, worin der Autor betont, daß die Augengicht oft das erste Anzeichen einer gichtischen Erkrankung sei. Die beschriebenen Erscheinungen gleichen dem akuten Gichtanfall im Gelenk, indem sich unter heftigen Schmerzen nachts eine Hyperämie des Bulbus und eine Schwellung der Lider einstellen.

Auch das Gehörorgan kann abgesehen von den Tophi an der Ohrmuschel Sitz gichtischer Erkrankungen werden. Die Tophi pflegen sich in den meisten Fällen unbemerkt zu entwickeln. Es sind jedoch auch akute Prozesse, die an den akuten Gelenkanfall erinnern, an der Ohrmuschel beobachtet worden. Von solchen Anfällen berichten Graves (22) und Harvey (23). Ueber einen weiteren interessanten Fall von gichtischer Erkrankung des Gehörorgans berichtet Barth (24): Bei einem 63 jährigen Manne trat nach einer Antrumoperation wegen Otitis media eine Rötung und Infiltration der die Wunde umgebenden Weichteile ein unter Fieber, und zwar bei einem gleichzeitigen Gichtanfall im Großzehengrundgelenk. Beide Affektionen waren deutlich von einander abhängig. Dabei zeigte die Operationswunde eine schlechte Heilungstendenz. Bei späteren Gichtanfällen traten dieselben Erscheinungen wieder auf. Schließlich erfolgte die Heilung dennoch, doch das Hörvermögen war darnach nicht so gut wieder hergestellt wie sonst bei Antrum-

operationen. Barth nimmt daher auch eine gichtische Erkrankung der Paukenhöhle an.

Was die Haut anbetrifft, so sind zunächst die Uratablagerungen im Unterhautzellgewebe in der Nähe erkrankter Gelenke eine häufige Erscheinung. Daneben sollen aber auch noch anderweitige Hauterkrankungen häufig bei Gicht vorkommen. Schon Galen berichtet von Hautkrankheiten: „quaedam horum ex podagra et articulari morbo quaedam ex sese oriunter.“ Bis in die neueste Zeit hat sich diese Anschauung erhalten, doch sind direkte Beweise dafür nicht erbracht worden. So erwähnt z. B. Falkenstein (8) einen Fall, in dem neben typischen Anfällen juckende Hautausschläge beobachtet sind. Ich erwähne den Fall besonders auch deswegen, weil der Autor bei ihm die gleichzeitig vorhandenen neurasthenischen und hysterischen Symptome ebenfalls mit der Gicht in Zusammenhang bringt.

Ueber Nagelgicht berichtet Gudzent in den Charité-Annalen (25). Es handelt sich da um eine an Gicht erkrankte Patientin mit eigentümlichen Veränderungen der Nägel und z. T. auch der Haut der Finger. Letztere ist geschrumpft und knittrig, dabei stark gerötet, an den Kuppen hornähnlich. An den Nägeln fällt besonders die Weichheit der Lunulae auf und ihre unregelmäßige, abschilfernde Oberfläche. Als auslösende Ursache könnte dabei ein 4 Jahre zurückliegender Typhus in Betracht kommen. Eine psoriatische Erkrankung schließt Gudzent nicht absolut aus, hält sie aber für unwahrscheinlich, da andere psoriatische Erscheinungen am Körper fehlen und die Nagelaffektion selbst nicht das typische Bild einer Nagelsporiasis darbietet.

Eine sichere Beobachtung von Gicht der Geschlechtsorgane hat, wie Minkowski (2) erwähnt, Gendrin gemacht, der im Hoden bei Gelenkgicht einen Knoten mit kreidiger Masse fand. Ferner sind bei Minkowski (2) Autoren (Smith, Weiß) erwähnt, die von Affektionen des Penis bei Gicht

in Gestalt von Schmerzen und schmerzhaftem Priapismus vor und nach dem Anfall berichten.

Schwierig zu beurteilen ist im einzelnen Falle der Zusammenhang zwischen Nephritis und Gicht, denn einerseits gibt es Gichterkrankungen, in deren Verlauf eine Nephritis auftritt, andererseits finden sich zuweilen bei chronischer Nephritis Symptome von Gicht. Die erstere Komplikation ist als gichtische Schrumpfniere bekannt und bedarf keiner weiteren Besprechung, die auch über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde. Gichtische Erscheinungen, d. h. Ablagerungen von Mononatriumurat und Auftreten von Harnsäure im Blut bei chronischer Nephritis gehören zum Kapitel der Nierenkrankheiten und sind ebenso von der eigentlichen Gicht zu trennen wie die Urikämie bei Leukämie und bei Pneumonie nach der Krise.

Erwähnt soll noch werden ein Fall aus der Naunynschen Klinik, von Minkowski (2) angeführt, bei dem es sich wohl zweifellos um einen gichtischen Blasenkatarrh handelte. Im Anschluß an einen Gichtanfall trat eine Cystitis auf, bei der keinerlei Mikroorganismen, die man als Ursache der Erkrankung hätte ansehen können, gefunden werden konnten. Der Zusammenhang mit der bestehenden Gicht wurde noch deutlicher bei einem zweiten, länger dauernden Gichtanfall, mit dem zusammen die Cystitis wieder schwand.

Aus den aus der Literatur bekannten Fällen ist zu ersehen, daß die Fälle von anomaler Gicht nicht allzu selten sind, daß aber ihre Natur nicht immer zweifelsfrei festzustellen ist. Treten die anomalen Erscheinungen in direktem Zusammenhang mit typischen Gichtanfällen auf, so sind sie oft ohne weiteres als gichtisch anzusehen, ebenso wenn sich pathologisch-anatomisch das Wahrzeichen der Gicht, die Harnsäure, am Ort der Erkrankung feststellen läßt. Nun sind aber auch zahlreiche andere Erkrankungen mit der Gicht in Zusammenhang gebracht worden, bei denen eine Störung des Harnsäurestoffwechsels nicht in Frage kommt, so z. B.

die schon erwähnten chronisch-rheumatischen Gelenkerkrankungen, ferner rheumatische Muskelerkrankungen, Hauterkrankungen und andere. Es lag hier bis vor kurzem ein schwer abgrenzbares Gebiet vor, und es sind viele Gelenk- und wohl auch Muskel- und anderweitige Erkrankungen mit der Diagnose Gicht belegt worden, ohne daß dafür ein Beweis erbracht werden konnte.

Seitdem man jedoch tiefer in das Wesen der Gicht eingedrungen ist und erkannt hat, daß ihr eine Störung des Purinstoffwechsels zugrunde liegt, die das Auftreten von Harnsäure im Blut in andern Verhältnissen als beim Gesunden bedingt, ist es leicht, alle nichtgichtischen Erkrankungen als solche zu erkennen. Durch eingehende Untersuchungen ist nämlich festgestellt, daß das Blut des Gichtkranken dauernd Harnsäure in erheblichen Mengen enthält, während sie im Blut des Gesunden nur nach Aufnahme nukleinreicher Nahrung vorübergehend auftritt. Somit haben wir einen sicheren Maßstab für die Diagnose der Gicht in den versteckten Formen.

Folgende Krankengeschichten aus der I. medizinischen Klinik der Charité in Berlin sollen die Wichtigkeit der Blutuntersuchung* bei anomaler Gicht dartun. Beim größten Teil handelt es sich um die Differentialdiagnose zwischen gichtischen und rheumatischen Erkrankungen.

Zunächst will ich jedoch im Anschluß an die Ausführungen weiter oben einige Fälle anführen, die keine Beispiele für die Wichtigkeit der Harnsäurebestimmung sind, sondern mit Affektionen an sonst nicht befallenen Organen einhergehen. Die beiden ersten Fälle zeigen eine Beteiligung der Augen, bei dem einen in Gestalt einer Iritis, bei dem anderen als Konjunktivitis. Wie weit die Erkrankungen selbst gichtischer Natur sind, lasse ich dahingestellt.

---

* Vor jeder Blutuntersuchung sind die Patienten einige Tage vorher fleischfrei ernährt worden.

Fall 1. Albert S., Waffenmeister, 66 Jahre.

Heredität: Eine Schwester leidet an Gicht.

Frühere Krankheiten: 1876 Iritis rechts, einige Jahre später Hornhauttrübung links, Heilung in beiden Fällen. Kein Anhalt für Syphilis und Tuberkulose.

Jetzige Krankheit: 1885 erster nach der Beschreibung typischer Gichtanfall im rechten Großzehengrundgelenk unter gleichzeitigem Auftreten einer Iritis rechts, die mit dem Anfall zusammen schwand.

Der Befund an den Gelenken bestätigte die Diagnose Gicht. Eine Augenveränderung ist jetzt nicht festzustellen.

Vielleicht waren hier die ersten Augenerkrankungen, um mit Krückmann zu reden, die ersten Anzeichen einer gichtischen Erkrankung. Das Schwinden der Iritis mit dem Gichtanfall zusammen spricht für einen Zusammenhang der beiden Krankheitserscheinungen.

Fall 2. Heinrich Schr., Kellner, 36 Jahre.

Heredität: Vater leidet an „Reißen".

Jetzige Krankheit: Mitte November 1909 Augenbindehautkatarrh beiderseits. Im Anschluß daran Ende November ein typischer Gichtanfall im linken Großzehengrundgelenk. Danach weitere Anfälle, jedoch ohne Beteiligung der Augen.

Der Befund an den Gelenken bestätigt auch hier die Diagnose Gicht. Die Augen waren frei von Erkrankungen.

Von diesem Fall gilt ebenfalls das bei Fall 1 am Schluß Gesagte. Auch hier scheint zwischen der Augen- und Gelenkerkrankung ein Zusammenhang zu bestehen, da der 1. Gichtanfall sich unmittelbar an die Augenbindehautentzündung anschloß.

Beim nächsten Fall haben wir eine Angina im Beginn des Anfalls.

Fall 3. Hieronymus P., Schlosser, 49 Jahre.

Patient leidet seit Jahren bei Witterungswechsel an „Reißen".

Jetzige Krankheit: Im Mai 1907 plötzliches Auftreten

einer Mandelentzündung unter hohem Fieber. Am nächsten Tage typischer Gichtanfall im Großzehengrundgelenk, worauf die anginösen Erscheinungen zurückgingen.

Befund bei der Aufnahme: Gichtische Gelenkveränderungen und Tophi an beiden Unterarmen. Keine Entzündungserscheinungen an den Rachenorganen.

Hier liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei Fall 1, ein Zusammenhang zwischen der Angina und dem Gichtanfall erscheint kaum zweifelhaft.

Ich wende mich nun mehreren Fällen zu, bei denen die Diagnose Gicht erst durch die Blutuntersuchung gesichert wurde, mit Ausnahme von Fall 8, bei dem das Ergebnis der Untersuchung nicht bekannt ist, wo aber andere sichere Zeichen für Gicht sprechen, ein positiver Ausfall also mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden kann. Die ersten 6 Fälle bieten im Beginn das Bild einer Polyarthritis acuta. Dann folgt ein Fall, der einer Polyarthritis chronica gleicht. Die nächsten 4 Fälle zeigen die Symptome eines Muskelrheumatismus, während der letzte Fall dieser Gruppe an eine Ischias erinnert.

Fall 4. Gustav J., Kutscher, 26 Jahre.

Anamnese: 1907 Eintritt in die Schutztruppe in Deutsch-Südwest-Afrika. Weihnachten 1908 plötzliche Erkrankung während eines Uebungsrittes unter heftigen Schmerzen im linken Knie und heftiger Schwellung, so daß er den Stiefel nicht ausziehen konnte und dieser zerschnitten werden mußte. Er wurde darauf im Lazarett mit Ichthyolverbänden und Schwitzbädern behandelt und im Februar darauf geheilt entlassen. Mai 1909 mußte er sich während der Regenzeit viel im Feuchten aufhalten und konnte sich nur selten seiner nassen Kleider entledigen, worauf er aufs neue erkrankte unter denselben Erscheinungen wie 1908. Bald traten dazu nacheinander Erkrankungen der Fußgelenke, des rechten Knies und der Handgelenke. Nachdem er drei Monate mit dieser erneuten Erkrankung ohne Erfolg behandelt war,

wurde er als felddienstunfähig nach Deutschland zurückgeschickt. Bei seiner Ankunft in Deutschland war er leidlich wieder hergestellt. Er ist mit Salizyl, Aspirin, Ichthyolverbänden und Elektrizität behandelt worden. Ende Oktober war er wieder voll arbeitsfähig. Vor einigen Tagen befiel ihn wieder dieselbe Erkrankung, diesmal im linken Knie wieder zuerst, dann in der linken Hand und im linken Fußgelenk. Im weiteren Verlauf wid u. a. auch einmal das rechte Großzehengrundgelenk ergriffen. Es wird zunächst, wie scheinbar auch in den früheren Anfällen, die Diagnose rezidivierende Polyarthritis acuta gestellt und eine energische Salizylbehandlung eingeleitet, doch ohne den entsprechenden Erfolg. Eine Blutuntersuchung ergibt schließlich eine Vermehrung des Harnsäuregehaltes, auf Grund dessen die Diagnose Gicht gestellt wird.

Dieser Fall ist besonders interessant, da er im Anfang ganz das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus bietet. Man konnte bei der ersten Erkrankung an ein Tripperrheumatoid denken, doch gibt die Anamnese dafür keine Anhaltspunkte. Die erneuten Erkrankungen bieten ganz das Bild der akuten Polyarthritis, bis dann endlich die Wirkungslosigkeit der bei Polyarthritis acuta üblichen Therapie den Verdacht auf Gicht lenkt, der durch die Blutuntersuchung bestätigt wird.

Fall 5. Fritz G., Küfer, 31 Jahre.

Heredität: Beide Eltern leiden an Fettleibigkeit. Er selbst ist von Jugend auf ebenfalls fettleibig.

Frühere Krankheiten: Vor 4 Jahren eine siebenmonatige Entfettungskur in einem Krankenhaus. Während dieser Zeit erkrankte er an Gelenkrheumatismus; die Diagnose soll im Krankenhaus gestellt worden sein.

Jetzige Krankheit: Patient leidet augenblicklich an asthmatischen Beschwerden, Herzklopfen, Stichen und Spannung im Leibe; keine Beschwerden seitens der Gelenke.

Befund: Kleiner, untersetzter Mann mit enormem Fett-

polster. An Herz, Lungen und Verdauungsorganen kein wesentlich abweichender Befund.

Verlauf: Einleitung einer schonenden Entfettungskur. Nach vierwöchentlicher Dauer plötzlich Auftreten von Fieber und Schmerzen in den Sprunggelenken. Am nächsten Tage weitere Temperatursteigerung, beide Sprunggelenke sind schmerzhaft geschwollen. Die Großzehengrundgelenke sind frei. Die Erkrankung der Sprunggelenke hält mit wechselnder Heftigkeit etwa 14 Tage an, dann treten noch dazu Schmerzen im rechten Knie auf. Eine Blutuntersuchung ergab auch hier abnormen Harnsäuregehalt im Blut, so daß neben der Diagnose Adipositas noch die Diagnose Gicht gestellt werden mußte.

Auch hier haben wir wie bei Fall 5 das Auftreten der Gicht unter dem Bilde der Polyarthritis acuta. Interessant ist weiterhin das Auftreten der Gicht nach Aenderung der bisherigen Ernährungsweise, die bei unserm Patienten wohl — das Krankenblatt macht keine näheren Angaben über die Art der Entfettungskur — in einer erheblichen Verminderung der Nahrungszufuhr, besonders wohl des Alkohols bestanden hat. Der Fall begründet also auch die Forderung Minkowskis und anderer Autoren, in der Beschränkung des Kostmaßes bei Gicht nicht zu weit zu gehen, denn selbst absolute Nahrungsentziehung schützt nicht gegen das Auftreten von Gichtanfällen, wie z. B. der von Poulsson mitgeteilte und von Minkowski auch erwähnte Fall eines Hungerkünstlers beweist, der am 25. und 26. Hungertage einen akuten Gichtanfall hatte.

Fall 6. Friedrich B., Tischler, 57 Jahre.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. Früher nie ernstlich krank.

Jetzige Krankheit: Beginn vor 10 Jahren mit schmerzhafter Schwellung des linken Knie- und Fußgelenkes. Nach hydrotherapeutischer Behandlung Verschwinden der Affektionen. Vor 2 Jahren erneute Schwellung des linken Knies, ferner Schmerzen in den Schultern. Salizyl und hydrothera-

peutische Behandlung ohne Erfolg. Eine Kur in Teplitz, wo Bluterguß im linken Knie festgestellt wurde, war ohne Erfolg, ebenso eine spätere Behandlung in einem Krankenhaus mit Salizyl und Dampfbädern. Erneute Verschlimmerung veranlaßt ihn wieder ein Krankenhaus aufzusuchen.

Befund: Korpulenter Mann. Schwellung und leichte Rötung an Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken, ferner an Knie- und Fußgelenk links bei starker Druckempfindlichkeit; diese besteht auch in beiden Schultergelenken und am linken Hüftgelenk. Die Blutuntersuchung ergibt abnormen Harnsäuregehalt, so daß die Diagnose Gicht gestellt wird.

Dieser Fall bot ebenfalls das Bild eines akuten Gelenkrheumatismus und wurde erst durch die Harnsäurebestimmung als Gicht erkannt. Auch hier wie bei Fall 5 eine Verbindung von Gicht und Fettsucht.

Fall 7. Karl P., Handelsmann, 38 Jahre.

Heredität: Angeblich sind alle Mitglieder der Familie stark fettleibig. Ein Bruder leidet an einer Gelenkerkrankung. Patient selbst war nie ernstlich krank. Ziemlich starker Potus.

Jetzige Krankheit: Sie soll mit Gelenkrheumatismus begonnen haben, zunächst nacheinander in beiden Kniegelenken, dann in den Fußgelenken. Nach sechswöchentlicher Behandlung mit feuchten Umschlägen und einer Salbe (ärztlich?) wieder arbeitsfähig. Doch seitdem fast jährlich 2—3 Rückfälle.

Letzter Rückfall: Vor 9 Wochen Beginn mit Schwellung beider Hand- und sämtlicher Fingergelenke, nach weiteren 3 Wochen wurden auch die Knie und Fußgelenke befallen. Unter Salizylbehandlung keine wesentliche Besserung. Vor 8 Tagen sollen auch Herzbeschwerden aufgetreten sein.

Befund: Nicht übermäßiges Fettpolster. Starke Schwellung des rechten Knies. Oedem in der Gegend beider Malleolen rechts. Im Urin Spuren von Eiweiß. Harnsäurebefund im Blut positiv, so daß die Diagnose Gicht gestellt wird. Neben dem Auftreten der durch die Blutuntersuchung

festgestellten Gicht unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus sind hier besonders die hereditären Verhältnisse interessant in bezug auf den Zusammenhang zwischen Fettsucht und Gicht.

Die Anamnese führt hier Herzbeschwerden an, die an eine akute Polyarthritis denken lassen; es sind jedoch auch bei Gicht, besonders beim akuten Anfall Herzbeschwerden beobachtet (Minkowski 2).

Fall 8. Otto J., Gastwirt, 56 Jahre.

Heredität: Vater litt an Gicht.

Patient selbst hat früher als Metallgießer viel mit Blei zu tun gehabt, nie aber Anzeichen einer Bleivergiftung bemerkt. Mäßig starker Alkoholabusus.

Jetzige Krankheit: Beginn vor 18 Jahren nach einer Erkältung unter entzündlicher Schwellung beider Kniegelenke. Er lag damals 4 Wochen zu Bett und wurde mit Salicyl behandelt. Seitdem häufig entzündliche Schwellungen in verschiedenen Gelenken. Nach seinen Angaben niemals akute Anfälle im Sinne des typischen Gichtanfalls. Seit 5 Jahren besteht dauernde Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Großzehengrundgelenk. Ferner bestehen seit derselben Zeit harte Knollen an den Ellenbogengelenken.

Befund: Starke Fettleibigkeit. Herzdämpfung nach links verbreitert. Im Urin geringer Eiweiß- (0,2 bis $1^0/_{00}$) und Zuckergehalt (ca. 1,5 %). Frische Entzündungserscheinungen am rechten Großzehengrundgelenk. Ferner besteht eine starke Schwellung beider Kniegelenke ohne frische Entzündungserscheinungen. In beiden Gelenken ist Erguß nachzuweisen. Die Handgelenke sind ebenfalls beiderseits leicht verdickt, desgleichen die Gelenke am linken Ring-, rechten Zeige- und Mittelfinger. An beiden Ellenbogen und auf beiden Handrücken Tophi. Das Resultat der Blutuntersuchung ist mir leider nicht bekannt, doch sprechen die Tophi und die während der Behandlung beobachteten Anfälle unzweifelhaft für Gicht.

Auch hier gilt zunächst das bei den vorstehenden Fällen Gesagte. Neben der Fettsucht findet sich hier außerdem noch ein leichter Diabetes, der ja auch mit der Gicht in Zusammenhang stehen soll. Auch die Nieren scheinen durch die Gicht bereits in Mitleidenschaft gezogen zu sein. Die Diagnose wird hier durch die Tophi gesichert, so daß das fehlende Resultat der Blutuntersuchung nicht vermißt wird.

Vielleicht hat hier die Beschäftigung mit Blei bei dem schon an und für sich hereditär belasteten Mann eine weitere Prädisposition für den Ausbruch der Gicht geschaffen, denn gerade Bleiarbeiter sollen ja zu gichtischen Erkrankungen neigen, wie z. B. Senator (26), Garrod (27), Minkowski (2) u. a. betonen.

Fall 9. Robert P., Maler, 63 Jahre.

Anamnese: P. hat viel mit Bleifarben gearbeitet, doch sind bisher typische Erscheinungen von Bleivergiftung nicht aufgetreten.

Beginn der jetzigen Krankheit mit allmählich entstehendem Bohren und Brennen im rechten großen Zeh; 14 Tage darauf dasselbe im rechten Fußgelenk, nach 8 Wochen auch im rechten Kniegelenk. Typische Anfälle sind nach der Beschreibung nicht beobachtet, die Gelenke fingen an, unter Schmerzen und Rötung zu schwellen. Bald nach der Erkrankung des rechten Kniegelenks wurden sämtliche Fingergelenke rechts, beide Schultergelenke und das linke Handgelenk befallen. Bei der Aufnahme bestanden Schmerzen im rechten Fuß- und Kniegelenk, sowie in beiden Schultergelenken und im linken Handgelenk.

Befund: An den inneren Organen ist nichts Krankhaftes nachweisbar. Kein Bleisaum. Im Morgenurin 0,5 % Zucker.

Schwellung und Druckempfindlichkeit des rechten Fuß- und Kniegelenks sowie im linken Handgelenk. Die Großzehengrundgelenke und die Schultergelenke sind bei Bewegungen schmerzempfindlich.

Im Blut ist Harnsäure nachgewiesen, so daß die

Diagnose Gicht gesichert wurde. Letztere erscheint im Anfang zweifelhaft, da typische Anfälle fehlen. Auch hier finden wir wie bei Fall 8 eine geringe Zuckerausscheidung und die Möglichkeit einer Bleivergiftung.

Fall 10. Wilhelm Schw., Bierbrauer, 61 Jahre.

Heredität: Eltern beide an Schwindsucht gestorben. Starker Potus, besonders Bier.

Die jetzige Krankheit begann allmählich vor 30 Jahren mit Schmerzen in den Beinen, wozu später Schmerzen in Händen und Kreuz traten. In letzter Zeit fanden sie sich auch im Genick.

Der Befund an den Gelenken ist der einer alten chronischen Gicht, wie er sich auch beim chronischen Gelenkrheumatismus auf nicht gichtischer Grundlage findet. Außer den vorhandenen Tophi am Olekranon und an den beiden Ohrmuscheln wird auch hier die Diagnose durch den Harnsäurebefund bestätigt. Atypisch ist hier besonders der Beginn der Krankheit, die sich schleichend entwickelt wie ein chronischer Gelenkrheumatismus, ohne daß akute Anfälle beobachtet wurden.

Fall 11. Wilhelm H., Arbeiter, 42 Jahre.

Anamnese: Als Kind litt H. an einer langwierigen Magen- und Darmerkrankung.

Jetzige Krankheit: Seit 3 Monaten bestehen Schmerzen in allen Gelenken und Gliedern von wechselnder Stärke. Eine achtwöchentliche Krankenhausbehandlung brachte nur wenig Besserung. Pat. läßt sich daher wieder aufnehmen.

Befund: An den Gelenken läßt sich objektiv nichts feststellen. Am rechten Oberschenkel findet sich eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, ferner besteht Druckschmerzhaftigkeit der Hauptnervenstämme und der Muskulatur an den Extremitäten. Da eine gegen Muskelrheumatismus gerichtete Therapie keinen Erfolg hatte, wurde eine Blutuntersuchung auf Harnsäure vorgenommen, die positives Resultat gab. Es wurde infolgedessen auch hier die Diagnose

Gicht gestellt und mit einer entsprechenden Therapie ein Erfolg erzielt. Ohne die Feststellung der Harnsäure im Blut wäre man hier kaum zur Diagnose Gicht gelangt, da die Hauptkrankheitserscheinungen nervöser Natur sind. Man kann hier wohl mit Recht von einer Nervengicht sprechen.

Fall 12. Gustav B., Schuhmacher, 55 Jahre.

Anamnese: Patient erkrankte 5 Tage vor der Aufnahme an Brustschmerzen, die in die Arme ausstrahlten.

Befund: An Herz und Lungen, sowie den großen Gefäßen ist nichts Krankhaftes festzustellen. Muskulatur des Brustkorbes und der oberen Extremitäten bieten objektiv ebenfalls keinen krankhaften Befund. Die Knochen der unteren Extremitäten sind auf Druck schmerzhaft. Die Blutuntersuchung ergibt Harnsäuregehalt in erheblicher Menge.

Hier ist der Harnsäureüberschuß im Blut nur mit sehr geringen Krankheitserscheinungen verbunden. Außer den Angaben des Patienten und außer dem Harnsäuregehalt des Blutes haben wir für eine ernstere Krankheit überhaupt keinen Anhalt, und ohne die Blutuntersuchung hätte man wohl auch hier kaum die Diagnose Gicht stellen können.

Fall 13. Levy H., Handelsagent, 57 Jahre.

Anamnese: Mutter litt an Rheumatismus. Er selbst litt vom 42. bis 45. Lebensjahre an Ischias im rechten Bein.

Krankheit bei der Aufnahme: Im August 1906 plötzliches Auftreten von Schmerzen im Genick mit Steifheit der Muskulatur. Dieser Zustand breitete sich dann bald über den ganzen Körper aus. Nach Lichtbehandlung geringe Besserung. Im Dezember 1906 Schmierkur wegen Verdachts auf Syphilis ohne wesentliche Besserung. 1907 Kur in Pistyan mit geringem Erfolg, der nach der Rückkehr sofort wieder schwand. Seitdem ließ er sich bald von Aerzten, bald von Kurpfuschern behandeln mit Jod, Salizyl, Faradisation und Packungen ohne jeden Erfolg. Auch eine Kur in Bad Oynhausen war erfolglos.

Befund: Blasse Haut, schlaffe Muskulatur. Erhebliche

Schwellung des linken Kniegelenkes. Steifigkeit der Wirbelsäule. Zirkulationsorgane: Herz: Systolisches und diastolisches Geräusch über der Basis. Pulsus altus et celer, Arterien rigide, geschlängelt.

Auch hier gibt die Blutuntersuchung erheblichen Harnsäuregehalt.

Wie die vorhergehenden Fälle, so lehrt auch dieser Fall die Wichtigkeit der Harnsäureuntersuchung bei rheumatischen Beschwerden, besonders wenn solche sehr hartnäckig jeder Therapie trotzen. Dasselbe gilt auch im nächsten Fall, auch hier ist die Diagnose Gicht ohne Blutuntersuchung nicht möglich.

Fall 14. Albert B., Tischler, 37 Jahre.

Anamnese: Vor 2 Jahren angeblich Gelenkrheumatismus, Behandlung mit Dampfbädern und Massage (ärztlich?).

Krankheit bei der Aufnahme: Vor ca. 6 Wochen Auftreten von Schmerzen im Kreuz, die auf Salizylbehandlung und Einreibungen nicht schwanden. Augenblicklich Klagen über Kreuzschmerzen, die nach Armen und Beinen ausstrahlen. Sie treten angeblich 5—6 mal täglich in Anfällen auf, besonders nach schnellen Bewegungen.

Befund: Die Muskulatur der rechten Lendengegend und die Nackenmuskulatur ist druckempfindlich. Im übrigen ist objektiv nichts Krankhaftes festzustellen. Eine Blutuntersuchung hat für Harnsäure positives Ergebnis.

Fall 15. Karl D., Geschäftsinhaber, 64 Jahre.

Anamnese: Mutter litt an Gicht.

Vor 10 Jahren Beginn der Erkrankung mit zuerst anfallsweise auftretenden, später dauernden Schmerzen im linken Hüftgelenk. Trotz Behandulng mit Bädern und Einreibungen keine Besserung. Seit 2 Jahren ist auch das rechte Hüftgelenk befallen, ebenso die beiden Kniegelenke. Die Schmerzen in den genannten Gelenken sind besonders heftig beim Versuch Bewegungen auszuführen.

Befund: Fettleibigkeit. Die aktive Beweglichkeit in den

Hüft- und Kniegelenken ist stark behindert, bei passiven Bewegungen heftige Schmerzäußerung. Gehen ist nur mit kleinen Schritten unter Hilfe des Stocks möglich.

Die Untersuchung des Blutes ergibt einen erheblichen Harnsäuregehalt.

Hier haben wir ein sehr unsicheres Krankheitsbild. Anfangs könnte man an ein Malum coxae senile und an eine Ischias denken; im weiteren Verlauf entwickelt sich das Bild einer chronischen polyarthritischen Erkrankung. Für Gicht würde hier auch die Fettleibigkeit sprechen.

Die beiden nächsten Fälle sind insofern erwähnenswert, als sich hier die ersten Gelenkerscheinungen schleichend entwickeln und erst später typische akute Anfälle eintreten. Solche Fälle werden im Anfang auch Schwierigkeiten machen betreffs der Diagnose, wenn nicht die Blutuntersuchung über die wahre Natur der Erkrankung Aufschluß gibt.

Fall 16. Boleslaw Z., Kaufmann, 56 Jahre.

Anamnese: Potus: Bis vor 7 Jahren täglich bis zu 20 Glas Bier.

Vor 20 Jahren Auftreten von Schmerzen in Schultern und Kniegelenken mit behinderter Beweglichkeit. Patient war damals nicht bettlägerig. Nach einer Badekur in Warmbrunn zunächst nur Besserung. 5 Jahre nach dem ersten Auftreten der Beschwerden typischer Anfall im rechten Großzehengrundgelenk. Nach einer Kur in Wiesbaden Besserung und schließlich Heilung auf weitere 4 Jahre, wo wieder ein Anfall mit schmerzhafter Schwellung der Knie-, Hand- und Ellenbogengelenke eintrat. Seitdem in größeren Zwischenräumen Anfälle von wechselnder Heftigkeit ohne vollständiges Schwinden der Beschwerden.

Augenblicklich klagt Patient über Schmerzen in den rechten Metakarpophalangealgelenken, besonders beim Schließen der Hand, ferner über Schmerzen in beiden Schultergelenken und in den Kniegelenken. Die allgemeine Beweglichkeit des Körpers habe dadurch sehr gelitten.

Befund: An den letztgenannten Gelenken starke Bewegungshinderung. An den Finger-, Hand- und Kniegelenken besonders rechts unregelmäßige, druckempfindliche Verdickungen und Schwellungen.

Harnsäurebefund im Blut ist positiv.

Fall 17. Ernst St., Schuhmacher, 40 Jahre.

Anamnese: Früher wegen Gallensteine mit Erfolg operiert.

Jetzige Krankheit: Allmählicher Beginn vor 15 Jahren mit geringen Schmerzen in Schulter- und Handgelenken angeblich ohne äußerlich erkennbare Veränderungen. Nach 2 Jahren Verschlimmerung, die Schmerzen traten anfallsweise besonders nachts auf und ließen dann allmählich wieder nach. In den folgenden Jahren waren die Beschwerden nur gering, Anfälle selten. Seit 2½ Jahren traten jedoch wieder heftige Anfälle mit Schmerzen in den genannten Gelenken, hin und wieder auch in den Fuß- und Kniegelenken auf. Finger- und Zehengelenke sind völlig frei geblieben.

Befund: Kleiner, blaß aussehender Mann in schlechtem Ernährungszustand. Starke Kyphoskoliose. An den Gelenken keine nachweisbaren Veränderungen trotz der Klagen über Schmerzhaftigkeit. Eine Blutuntersuchung ergab erheblichen Harnsäureüberschuß.

Im Behandlungsverlauf wird die Diagnose Gicht durch einige Gichtanfälle im linken Handgelenk bestätigt.

Der nächste Fall bietet, wie schon einige der früheren unter ihnen, besonders der Fall 5, ein Beispiel für den Zusammenhang zwischen Gicht und Fettsucht. Ferner ist an ihm besonders interessant, daß hier im Anfang als einziges Symptom der harnsauren Diathese die Harnsäure im Blut auftritt. Die Diagnose wird erst im Verlauf der gegen die gichtische Diathese gerichteten Behandlung durch Auftreten von Beschwerden in den Gelenken unterstützt. Ich lasse hier kurze Angaben aus der Krankheitsgeschichte dieses Falles folgen.

Fall 18. Eduard B., Postaushelfer, früher Kellner, 56 Jahre.

Anamnese: Starker Potus bis zum 35. Jahr, wo er den Kellnerberuf aufgab. Die jetzige Krankheit besteht in folgenden Beschwerden: Atemnot, Gefühl von Beklemmung in der Brust beim Gehen, besonders beim Treppensteigen. Ferner häufig Schwindelanfälle.

Befund: Starke Fettleibigkeit. Habitus apoplecticus; Volumen pulmonum auctum geringen Grades. Herz nach links vergrößert, Puls arhythmisch. Die Blutuntersuchung auf Harnsäure hat ein positives Ergebnis.

Verlauf: Patient wird mit Radiumemanation behandelt und gibt an, nach den ersten Sitzungen im Emanatorium Kriebeln und Jucken in den Gelenken der großen Zehe und in der rechten Schulter, sowie im linken Unterschenkel verspürt zu haben. Im weiteren Behandlungsverlauf wurden noch weiter Schmerzen im rechten Handgelenk beobachtet. Die Beschwerden wurden unter einer entsprechenden Behandlung erheblich verringert.

Ein Gichtanfall im Anschluß an eine Ueberanstrengung zeigt der nächste Fall.

Fall 19. Hermann D., Tischler, 51 Jahre.

Frühere Krankheiten: Patient leidet seit seiner Kindheit an chronischem Bindehautkatarrh beiderseits und in jedem Frühjahr an hartnäckigen Mandelentzündungen mit Störungen der Hörfähigkeit. In der Nase hat er polypöse Wucherungen, die trotz wiederholter Operationen stets wieder von neuem entstehen.

Jetzige Krankheit: Beginn 1904 angeblich im Anschluß an Kopfrose mit Schmerzen in beiden Kniegelenken. Aeußerlich soll damals nichts zu sehen gewesen sein. Die Beschwerden waren bald geringer, bald stärker. Februar 1910 nach einem längeren Marsch plötzlich Schwellung und Rötung des linken Knies unter heftigen Schmerzen. Die Affektion erstreckte sich bis zur Schenkelbeuge. Nach dreiwöchent-

licher Behandlung mit feuchten Umschlägen, Jodpinselungen und Dampfbädern war er soweit wiederhergestellt, daß er seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Nach jeder größeren Anstrengung jedoch, auch nach plötzlichen mechanischen Insulten traten Verschlimmerungen auf. Augenblicklich bestehen wieder erhebliche Beschwerden, bei denen Behandlung wie oben und Massage, sowie Aspirin keine Besserung brachten. Seit einem Jahr leidet Patient außerdem an heftigen Kopfschmerzen, die periodisch auftreten und die angeblich ihren Höhepunkt in Schwindelanfällen erreichen, nach denen sie aufzuhören pflegen. (Gichtische Affektion der Hirnhäute?)

Befund: Beiderseits bestehen an den Kniegelenken Kapselverdickungen bei allgemeiner Druckempfindlichkeit, links besonders am medialen Epicondylus femoris. Bei Bewegungen fühlt man starkes Knirschen. Röntgenologisch ist nichts Pathologisches an beiden Kniegelenken festzustellen.

Eine Blutuntersuchung ergibt jedoch auch hier einen starken Harnsäuregehalt.

Ob bei diesem letzten Fall die Gelenkbeschwerden nach der Kopfrose mit dieser Erkrankung als septisch-metastatische Entzündung in Zusammenhang standen, oder ob sie als erste gichtische Erscheinungen nur zufällig nach der genannten Erkrankung aufgetreten sind, ist schwer zu entscheiden. Das letztere scheint mir jedoch wahrscheinlicher, da septisch-metastatische Entzündungen meist unter heftigeren Erscheinungen einherzugehen pflegen. Daß die späteren Erkrankungen der Kniegelenke gichtischer Natur waren, unterliegt wohl nach der Blutuntersuchung keinem Zweifel mehr.

Zum Schluß will ich noch 2 Fälle erwähnen, bei denen trotz typischer Gichtsymptome der Harnsäurebefund des Blutes negativ war.

Fall 20. Herrmann D., Buchdrucker, 54 Jahre.

Anamnese: Kein Anzeichen für eine chronische Bleivergiftung.

Vor einem Jahr der erste typische Gichtanfall im linken Großzehengrundgelenk. Darnach Schmerzen im Kreuz, Schwellung und Rötung an der Innenseite des rechten Beines. Nach etwa 6 Wochen vollkommenes Schwinden der Beschwerden, so daß Patient seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Einige Tage vor der Aufnahme wieder ein nach der Beschreibung typischer Anfall im linken Großzehengrundgelenk.

Befund: An den inneren Organen regelrechter Befund. Kein Bleisaum oder sonstige Zeichen einer Bleivergiftung. Am Großzehengrundgelenk Rötung und pralle, sehr schmerzhafte Schwellung.

Harnsäurebefund im Blut negativ.

Fall 21. Otto P., Landwirt, 55 Jahre.

Anamnese: Beginn der Krankheit vor 15 Jahren mit Schmerzanfall im linken großen Zeh nachts; 1 Jahr darauf erneuter Anfall rechts, darnach mehrfache Wiederholung dieser Anfälle bis vor einem Jahr auch das linke Fußgelenk ergriffen wurde. Seit 9 Wochen sind ferner das linke Kniegelenk und die Gelenke an beiden Händen geschwollen und schmerzhaft.

Befund: Schwellung des linken Kniegelenkes und Erguß, desgleichen Schwellung des linken Fußgelenkes und beider Handgelenke in geringem Maße. Bewegungen der linken großen Zehe äußerst schmerzhaft, an ihren Gelenken leichte Verdickungen.

Blutuntersuchung auf Harnsäure negativ.

Diese beiden letzten Fälle zeigen also, daß es nicht immer bei Gicht gelingt, den gestörten Purinstoffwechsel im Blute nachzuweisen. Vielleicht läßt sich durch weitere Beobachtungen und Untersuchungen feststellen, worin der

Grund dafür zu suchen ist, und ob überhaupt das Fehlen anomaler Harnsäuremengen im Blut einzig und allein als Zeichen eines geordneten Harnsäurestoffwechsels angesehen werden darf, wenn auch andere Zeichen dafür fehlen.

Zum Schluß meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. med. His und Herrn Privatdozenten Dr. med. Gudzent für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei der Sammlung des Materials sowie für die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. J. v. Mehring, Lehrbuch für innere Medizin.
2. O. Minkowsky, Die Gicht, Bd. VII, 3 von Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie.
3. K. Grube, Ueber gichtische Erkrankungen des Magens und Darmes. 18. Kongreß für inn. Med., Wiesbaden 1900.
4. Debout d'Estrées, Contribution à l'histoire de la goutte anormale. Gaz. des hôp. 1882 Nr. 77.
   —, Goutte des glandes. Acad. de méd. de Paris 1885.
   —, Some new facts concerning gouty parotitis and gouty orchitis. Medic. chir. Transact. London 1887.
5. Musgrave, De Arthritide anomala, Oxford.
6. Mackenzie, Journal of Laryngologie. Vol. III.
7. Danziger, Ueber Angina urica. Monatshefte für Ohrenheilkunde 1895.
8. Falkenstein, Die Gicht.
9. Lecorché, Traité de la goutte, Paris 1884.
10. Adrian, Die Appendizitis als Folge einer Allgemeinerkrankung. Mitteil aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1900 Bd. VII.
11. Pagel, On gouty and some other forms of phlebitis. St. Bartholomews Hosp. Reports, 1866.
12. Tuckwell, On clotting of the blood in gout and chlorosis. St. Bartholomews Hosp. Reports, 1874.
13. Lancereaux, Traité d'anatomie pathologique.
14. Virchow, Seltene Gichtablagerungen. Virchows Archiv 1868 Bd. 44.
15. Ebstein, Ueber die Beziehungen zwischen Pneumonie und Gicht. Münch. med. Wochenschr. LIV, 37; 1907.
16. Reynold J. Russel, Some affections of the nervous system dependent upon a gouty habit. Brit. publ. Journal 1877.
17. Lockwood, Pathological Soc. Transact, 1885.
18. Hutchinson, Lecture introductory of the Study of the Arthritic Diathesis. Med. Times and Gaz. 1881.

19. Galezowski, La goutte et les affections oculaires d'origine goutteuse. Journ. d. therap. de Gubler 1882.
20. Charcot, Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et des maladies chroniques. Paris 1874.
21. Krückmann, Ueber okulare Gichtanfälle. Medizin. Klinik VI, 38, 1910.
22. Graves, Klinische Beobachtungen, Leipzig 1843.
23. Harvey, Rheumatism, gout and neuralgia as affecting the head and ear, with remarks on some forms of headache in connexion with deafness. London 1852.
24. Barth, Erkrankung des Gehörorgans bei Gicht. Zeitschr. für Ohrenheilkunde 38, 4, 1901.
25. Gudzent, Ueber gichtische Nagelerkrankungen. Charité-Annalen, 36. Jahrgang.
26. Senator, Die Gicht, in Ziemßens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie.
27. Garrod, Natur und Behandlung der Gicht. Würzburg 1861.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Galle, evangelischer Konfession, Sohn des Pfarrers Georg Galle zu Meuro (Kr. Wittenberg), wurde am 3. Mai 1885 zu Meuro (Kreis Wittenberg) geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf der Königlichen Landesschule Pforta und auf der Lateinischen Hauptschule der Franckeschen Stiftungen zu Halle a. S., die er Ostern 1906 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Im April desselben Jahres wurde er bei der Friedrich Wilhelms-Universität in Berlin und im darauffolgenden Juli bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen immatrikuliert. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 30. September 1906 bei der 5. Kompagnie des Königin Augusta Garde-Grenadier-Regiments Nr. 4 zu Berlin. Am 22. Juli 1908 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 13. Juli 1912 das ärztliche Staatsexamen. Am 1. März 1911 wurde er als aktiver Unterarzt beim Kulmer Infanterie-Regiment Nr. 141 angestellt und am 18. Oktober 1912 zum Assistenzarzt befördert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Beitzke, v. Bergmann, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, Flügge, Fränkel, Freund, Frey, Gabriel, Goldscheider, Heffter, Heubner, Hildebrand, Hiller, His, Köhler, Kraus, Krömer, Lesser, Lasson, v. Michel, Orth, Pagel, Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubner, Rubens, Rumpel, Schulze, Schmidt, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Williger, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.